

## 1. 개정이유

중증 소아 청소년 환자의 지속적인 치료와 건강관리의 연속성 확보하기 위해 중증 소아 청소년 환자에 대한 의료급여 요양비 품목과 중증 장애 아동의 성장발달, 치료 및 건강유지·개선을 위해 의료급여 장애인보조기기 품목을 확대하고, 법령 개정에 따른 위임규정 변경 등 일부 조항을 정비하려는 것임

## 2. 주요내용

- 가. 의료급여 요양비 품목에 중증 소아 청소년 환자에 대한 산소포화도 측정기, 기도흡인기, 경장영양주입펌프 추가(안 제24조 및 별지 제12호의8 서식)
- 나. 의료급여 장애인보조기기 품목에 몸통지지보행차, 유모차형 수동휠체어, 전동휠체어 다균 추가(안 제25조, 별표 2 등)
- 다. 위임조항 변경 반영 등 조항 정비(안 제3조 및 19조의4 등)

## 3. 참고사항

- 가. 관계법령 : 생략
- 나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음
- 다. 합 의 : 0000부 등과 합의되었음
- 라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨  
2) 입법예고(9999. 12. 31. ~ 12. 31.) 결과, 특기할 사항 없음

3) 행정규제 : 규제개혁위원회와 협의 결과, 이견 없음

- 규제 신설·폐지 등, 없음

## 의료급여법 시행규칙 일부개정령안

의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제3조제1항제3호 중 “라목”을 “다목”으로 한다.

제19조의4제1항 각 호 외의 부분 및 같은 조 제2항 각 호 외의 부분 중 “별표 제1호다목”을 각각 “별표 1 제1호다목”으로 한다.

제24조제1항에 제8호를 다음과 같이 신설한다.

8. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증 소아청소년 환자가 의사의 처방전에 따라 산소포화도측정기, 기도흡인기 또는 경장영양주입펌프를 의료급여기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우

제24조제2항에 제8호를 다음과 같이 신설한다.

8. 산소포화도측정기, 기도흡인기 또는 경장영양주입펌프를 판매하는 의료급여기관 외의 의료기기판매업소로서 공단에 등록된 업소

제24조제3항에 제8호를 다음과 같이 신설한다.

8. 제1항제8호에 해당하는 경우에는 별지 제12호의8서식의 요양비 지급청구서와 다음 각 목의 서류  
가. 의사의 처방전 1부  
나. 세금계산서 1부

제24조제5항 중 “제7호”를 “제8호”로 한다.

제25조제2항 중 “전동휠체어”를 “유모차형 수동휠체어, 전동휠체어”로 하고, 같은 조 제4항 각 호 외의 부분 단서 중 “전·후방보행차”를 “보행차”로 한다.

별표 1의2 제1호사목 중 “제8조의6”을 “제8조의7”로 한다.

별표 2 제1호가목 중 “후방보행차”를 “후방·몸통지지보행차”로 하고, 같은 호 나목, 다목 전단 및 자목 중 “전·후방보행차”를 각각 “보행차”로 하며, 같은 호 카목 단서 중 “전동휠체어”를 “유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차, 전동휠체어”로 한다.

별지 제12호의8서식을 별지와 같이 신설한다.

별지 제14호서식 및 별지 제14호의2서식을 각각 별지와 같이 한다.

## 부 칙

제1조(시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.

제2조(산소포화도측정기, 기도흡인기 및 경장영양주입펌프 관련 요양비에 관한 적용례) 제24조의 개정규정은 이 규칙 시행일 이후 발행한 처방전에 따라 산소포화도측정기, 기도흡인기 또는 경장영양주입펌프를 구입·사용하는 경우부터 적용한다.

제3조(유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차 및 전동휠체어 다군의 의료급여기준 등에 관한 적용례) 제25조의 개정규정은 이 규칙 시행일 이후 발행한 처방전에 따라 유모차형 수동휠체어, 몸통지지보행차 또는 전동

월 체어 다군을 구입한 경우부터 적용한다.

■ 의료급여법 시행규칙 [별지 제12호의8서식]

## 요양비 지급청구서(산소포화도측정기, 기도흡인기, 경장영양주입펌프)

※ 청구인께서는 청구서 작성 방법은 뒤쪽을 참고하시고, 바탕색이 어두운 란은 기재하지 마십시오.

(앞 쪽)

| 접수번호               | 접수일                         | 처 리 기 간 15일            |
|--------------------|-----------------------------|------------------------|
| ① 진료받은 사람          | 성명                          | 주민(외국인)등록번호            |
| ② 처방전 발행<br>의료급여기관 | 명칭<br>의료급여기관 기호             | ③ 상병명<br>(상병코드)        |
|                    |                             | ④ 처방전 발행일<br>년 월 일     |
| ⑤ 기기<br>구입금액       | 종류                          | 구입금액                   |
|                    | [ ] 산소포화도측정기                | 원                      |
|                    | [ ] 기도흡인기                   | 원                      |
|                    | [ ] 경장영양주입펌프                | 원                      |
| ⑥ 소모품<br>구입금액      | [ ] 산소포화도측정기<br>소모품         | 원                      |
| ⑦ 수령 계좌            | [ ] 수급권자 또는<br>수급권자 가족 계좌   | 금융기관명                  |
|                    | [ ] 의료기기 판매 업소<br>계좌        | 계좌번호                   |
|                    | [ ] 진료받은 사람의<br>요양비 등 수급 계좌 | 예금주 성명                 |
|                    |                             | 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호 |

「의료급여법」 제12조제1항 및 같은 법 시행규칙 제24조제3항에 따라 위와 같이 요양비 지급을  
청구합니다.

년 월 일

⑧ 청구인

(서명 또는 인)

전화번호 ( )

진료받은 사람과의 관계: 진료받은 사람의 ( )

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

|      |                                                                                                                         |           |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부서류 | 1. 의사의 요양비 처방전 1부<br>2. 세금계산서 1부<br>3. 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부.<br>※ 계좌번호가 기록되어 있는 연의 사본을 첨부합니다. | 수수료<br>없음 |
| 작성방법 |                                                                                                                         |           |

- ① 진료받은 사람: 진료받은 사람의 성명, 주민(외국인)등록번호를 적습니다.
- ② 처방전 발행 의료급여기관: 의사 처방전에 기재된 의료급여기관명, 의료급여기관 기호를 적습니다.
- ③ 상병명(주된 상병)을 적습니다.
- ④ 처방전 발행일: 의사가 처방전을 발행한 날을 연월일로 적습니다.
- ⑤ 기기 구입금액 : 구입한 의료기기의 종류에 √ 표시를 하고, 영수증에 적힌 구입 금액 및 판매업소의 명칭을 적습니다.
- ⑥ 소모품 구입금액 : 소모품 구분에 √ 표시를 하고, 영수증에 적힌 구입 금액 및 판매업소의 명칭을 적습니다.
- ⑦ 수령 계좌: 요양비를 받을 계좌를 선택하여 √ 표시를 하고, 금융기관명, 계좌번호, 예금주 성명 및 예금주의 주민(외국인)등록번호 또는 사업자등록번호(의료기기 판매 업소만 해당합니다)를 정확히 적습니다.
- ※ 예금주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.
- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
  - 의료기기 판매 업소 계좌: 진료받은 사람 본인이나 가족 등 지급 청구자가 의료기기 판매 업소에 요양비를 지급하도록 요청한 경우
  - 진료받은 사람의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌): 진료받은 사람 본인
- ※ 예금통장은 온라인 계좌 입금이 가능한 것이어야 합니다.
- (예시: 보통예금, 저축예금, 자유저축예금, 당좌예금, 기업자유예금 및 가계당좌예금 등)
- ⑧ 청구인: 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)이어야 합니다. 이 경우 청구인은 본인의 이름을 기재한 후 서명을 하거나 인장을 찍어야 합니다. 다만, 진료받은 사람이 제한능력자일 경우 법정 대리인이 서명을 하거나 인장을 찍어 청구할 수 있습니다.

|                                       |   |                           |   |                           |   |                           |   |     |
|---------------------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|-----|
| 처리절차                                  |   |                           |   |                           |   |                           |   |     |
| 청구서 작성                                | ➔ | 접수 및 확인                   | ➔ | 청구서 처리                    | ➔ | 요양비 지급                    | ➔ | 수령  |
| 청구인                                   |   | 특별자치시·<br>특별자치도·<br>시·군·구 |   | 특별자치시·<br>특별자치도·<br>시·군·구 |   | 특별자치시·<br>특별자치도·<br>시·군·구 |   | 수령인 |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 종질지(80g/㎡)] |   |                           |   |                           |   |                           |   |     |

## 보조기기(자세보조용구, 의지·보조기 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성해 주시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

|              |                   |                                    |                         |                                      |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|--------------|-------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------|--|
| [ ] 장애인 등록 전 |                   |                                    |                         |                                      |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
| ① 진료받은 사람    |                   | 성명                                 |                         | 주민(외국인)등록번호                          |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | 보장기관명 (기호)                         |                         | 의료급여 종별 [ ] 1종 [ ] 2종                |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | 집 전화번호                             |                         | 휴대전화번호                               |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
| ② 장애 구분      |                   | 장애유형(주장애)                          | 세부유형                    | 척수손상 [ ] 완전 [ ] 불완전                  |                    |                       |                    | 장애<br>정도                            | [ ] 심한 장애<br>[ ] 심하지 않은 장애 |                      |  |
|              |                   | 중복장애유형(부장애)                        | 세부유형                    | 척수손상 [ ] 완전 [ ] 불완전                  |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
| ③ 처방 보조기기    |                   | [ ] 자세보조용구(앉기형)                    |                         | [ ] 몸통 및 골반 지지대                      |                    | [ ] 머리 및 목 지지대        |                    | [ ] 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray)          |                            | [ ] 다리 및 발 지지대       |  |
|              |                   | [ ] 자세보조용구(서기형)                    |                         | [ ] 이동식전동리프트                         |                    | [ ] 욕창예방매트리스          |                    | [ ] 욕창예방방석                          |                            |                      |  |
|              |                   | [ ] 맞춤형 교정신발류                      |                         | [ ] 전방보행차                            |                    | [ ] 후방보행차             |                    | [ ] 몸통지지보행차                         |                            |                      |  |
|              |                   | [ ] 의지·보조기                         |                         | 유형:                                  |                    | [ ] 우 [ ] 좌           |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | [ ] 다리 의지 소모품                      |                         | [ ] 넓적다리 의지 소켓 교체 ([ ] 일반형/[ ] 실리콘형) |                    | [ ] 넓적다리 의지 실리콘라이너 교체 |                    | [ ] 종아리 의지 소켓 교체 ([ ] 일반형/[ ] 실리콘형) |                            | [ ] 종아리 의지 실리콘라이너 교체 |  |
| ④ 검사와 결과     | 자세보조용구(앉기형)       | 다리 맨손근력검사                          | 우 ( ) 등급, 좌 ( ) 등급      |                                      | 자세보조용구(서기형)        | 다리 맨손근력검사             | 우 ( ) 등급, 좌 ( ) 등급 |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | 큰동작기능분류체계(GMFCS)                   |                         |                                      |                    | 큰동작기능분류체계(GMFCS)      |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | 영상의학검사                             | 코브각도(Cobb's angle) ( )도 |                                      |                    | 키                     | ( ) cm             |                                     |                            |                      |  |
|              |                   |                                    | 척추앞굽음 ( )도              |                                      |                    | 몸무게                   | ( ) kg             |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | 척추뒤굽음 ( )도                         |                         |                                      |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | 엉덩관절이동지수(hip migration index) ( )% |                         |                                      |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|              | 이동식전동리프트·욕창예방매트리스 |                                    | 수정바델지수(MBI) 검사          |                                      | 총 점                |                       | 의자·침대 이동항목 점       |                                     |                            |                      |  |
|              | 몸통지지보행차           |                                    | 다리 맨손근력검사               |                                      | 우 ( ) 등급, 좌 ( ) 등급 |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   |                                    | 다리 맨손근력검사               |                                      | 우 ( ) 등급, 좌 ( ) 등급 |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   |                                    | 큰동작기능분류체계(GMFCS)        |                                      |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |
|              |                   | 균형척도검사(Pediatric balance scale)    |                         |                                      |                    |                       |                    |                                     |                            |                      |  |

- ⑤ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| 위와 같이 보조기기를 처방합니다.                    |           |
| ※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.           |           |
| 의료급여기관 명칭(기호):                        | 년 월 일     |
| 담당의사 성명:                              | (서명 또는 인) |
| 면허번호:                                 |           |
| 전문과목:                                 | 전문의 자격번호: |
| 210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 종질지(80g/㎡)] |           |

## 보조기기(수동·전동휠체어 및 의료용 스쿠터) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항과 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

(앞쪽)

[ ] 장애인 등록 전(일반형 수동휠체어를 처방하는 경우에만 해당합니다)

|           |            |             |  |               |
|-----------|------------|-------------|--|---------------|
|           | 성명         | 주민(외국인)등록번호 |  |               |
| ① 진료받은 사람 | 보장기관명 (기호) | 의료급여 종별     |  | [ ] 1종 [ ] 2종 |
|           | 집 전화번호     | 휴대전화번호      |  |               |

|         |              |      |      |                |                            |                            |
|---------|--------------|------|------|----------------|----------------------------|----------------------------|
| ② 장애 구분 | 장애 유형(주장애)   | 세부유형 |      |                | 장애 정도                      | [ ] 심한 장애<br>[ ] 심하지 않은 장애 |
|         |              |      | 척수손상 | [ ] 완전 [ ] 불완전 |                            |                            |
|         | 중복장애 유형(부장애) | 세부유형 |      |                | [ ] 심한 장애<br>[ ] 심하지 않은 장애 |                            |
|         |              |      | 척수손상 | [ ] 완전 [ ] 불완전 |                            |                            |

|           |            |                                                    |
|-----------|------------|----------------------------------------------------|
| ③ 처방 보조기기 | [ ] 수동휠체어  | [ ] 일반형 [ ] 활동형 [ ] 텀링형 [ ] 리클라이닝형 [ ] 유모차형        |
|           | [ ] 전동보조기기 | [ ] 가군 전동휠체어 [ ] 나군 전동휠체어 [ ] 다군 전동휠체어 [ ] 의료용 스쿠터 |

| 유의사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. 지팡이, 목발, 흰지팡이 및 전동휠체어·의료용 스쿠터용 전지는 작성 대상이 아닙니다.</p> <p>2. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.</p> <p>3. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.</p> <p>※ 자세보조용구, 이동식전동리프트, 욕창예방매트리스, 몸통지지보행차는 장애의 정도가 심한 사람에게만 처방할 수 있습니다.</p> <p>※ 다리 의지는 일반형 소켓으로 처방하는 것이 원칙이고, 실리콘형 소켓은 절단 후 남아있는 신체부분이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당 의사의 의학적 소견이 있는 경우에만 처방할 수 있습니다.</p> <p>4. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.</p> <p>5. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.</p> <p>※ 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전방·후방·몸통지지보행차에 대해서는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.</p> <p>6. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[ ] 장애인 등록 전"의 [ ]에 √ 표시를 합니다.</p> <p>※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록된 경우에만 청구할 수 있습니다.</p> <p>※ 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인에게만 처방할 수 있습니다.</p> |
| 작성방법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.</p> <p>② 장애 구분: 보조기기별 의료급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우 해당란에 √ 표시를 합니다.</p> <p>※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.</p> <p>③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 이 경우 손가락 의지를 장착하면 해당 손가락(오른쪽 1,2,3,4,5 및 왼쪽 1,2,3,4,5)을 적어야 합니다.</p> <p>④ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다. 다만, 이동식전동리프트 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 판정을 받았거나, 욕창예방매트리스 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 또는 2급 판정을 받은 경우에는 MBI 검사 또는 다리 맨손근력검사를 생략할 수 있고, 큰동작기 능분류체계(GMFCs)에 관한 검사 결과 관련 서류가 없는 경우에는 검사 내용이 표기된 경과 기록지 등으로 이를 대체할 수 있습니다.</p> <p>⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 환자상태 및 진료소견과 보조기기 제작 시 주의할 사항 및 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.</p>                                                                                                                                                                                                               |

| 구분                                 | 일반상태                            | 해당 여부                                                              |                                                  |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 수동<br>휠체어                          | 공통사항                            | 의지·보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실외 보행하기 어렵다.                           |                                                  |
|                                    | 활동형                             | 양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이도 휠체어를 안전하게 작동할 수 있다.            |                                                  |
|                                    | 틸팅형·리클라이닝형                      | 스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고서는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하며 압박과 자세관리가 필요하다.        |                                                  |
|                                    | 유모차형                            | 18세 이하인 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인으로 자체 일부지지 및 보조인의 도움으로 추진하여 이동하는 경우 필요하다. |                                                  |
| 장애유형                               | 일반상태                            | 해당 여부                                                              |                                                  |
| 가군<br>전동<br>휠체어<br>·<br>의료용<br>스쿠터 | 공통사항                            | 팔에 기능장애가 있다.                                                       | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 내부기관 중복장애가 있다.                                                     | [ ]                                              |
|                                    | 하지절단                            | 절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다.                                            | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.                                 | [ ]                                              |
|                                    | 관절·기능·변형 등                      | 하지관절 장애, 하지기능·척추 장애에 따른 지체장애 및 변형 등의 장애로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.    | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 척수                                                                 | 완전손상      척추신경 중 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있다. |
|                                    | 불완전손상                           |                                                                    | 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.                           |
|                                    |                                 | 뇌병변                                                                | 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.                           |
| 심장·호흡기장애                           | 전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다. | [ ]                                                                |                                                  |
|                                    | 팔에 기능장애가 있다.                    | [ ]                                                                |                                                  |
| 나군<br>전동<br>휠체어                    | 지체·뇌병변장애                        | 가군 전동휠체어 대상자로 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인이다.                                 | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 수정바델지수(MBI) 항목 중 화장실 이용, 대·소변 관리의 점수가 5점 이하이다.                     | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못한다.                        | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 의사의 평가 및 소견 결과 나군 전동휠체어가 필요하다.                                     | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 방광 관리를 위해 카테터 삽입을 이용하거나, 휠체어에서 침대로 독립적으로 이동할 수 없다.                 | [ ]                                              |
|                                    |                                 | 증가된 근긴장도 또는 떨림을 관리하기 위해 전동식 자세변경 장치가 필요하다.                         | [ ]                                              |
| 다군<br>전동<br>휠체어                    | 지체·뇌병변 장애                       | 18세 이하 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인으로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.                  | [ ]                                              |

⑦ 환자상태 및 진료소건 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다).

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

전문과목:                      전문의 자격번호:

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기를 처방해야 합니다.
  - ※ 팔에 기능장애가 있어 수동휠체어를 조작할 수 없다고 판단되는 경우 전동휠체어 또는 의료용 스쿠터를 처방할 수 있고, 팔에 기능장애가 없는 경우라도 내부기관 및 복막장(간질장장애 제외)을 제외한 심장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애(외부장기장애)가 있다고 판단되는 경우 의료용 스쿠터를 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격 여부를 확인받아야 합니다.
4. 장애인 등록 전인 사람에게 일반형 수동휠체어를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 “[ ] 장애인 등록 전”의 [ ]에 √ 표시를 합니다.
  - ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기로 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록된 경우에만 청구할 수 있습니다.
  - ※ 일반형 수동휠체어를 제외한 보조기기(활동형·틸팅형·리클라이닝형·유도차형 수동휠체어, 전동휠체어 및 의료용 스쿠터)는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리 절단, 다리관절 등)를 적으며, 척추손상의 경우에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
  - ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
- ④ 일반상태: 보조기기 세부 인정기준에 따른 내용을 확인하고 이에 해당하는 경우 √ 표시를 합니다.
- ⑤ · ⑥ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사에 대한 결과지를 반드시 첨부해야 합니다. 이 경우 팔에 대한 맨손 근력검사 결과 양쪽 최대근력 등급이 다른 경우에는 낮은 쪽의 최대근력 등급을 기재합니다.
  - ※ 팔에 대한 맨손근력 검사 결과 최대 근력이 4등급이하로 근육 노화 등 그 밖의 사유로 팔 기능을 유지하기 힘든 경우에는 전동휠체어를 처방할 수 있습니다.
- ⑦ 환자상태 및 진료조건: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료조건과 처방품목 내역 등에 대한 조건을 적습니다.

|                                                                                                                                                     |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 는 경우                                                                                                                                                | -----                                                                                    |
| 4. ~ 14. (생 략)                                                                                                                                      | 4. ~ 14. (현행과 같음)                                                                        |
| ② ~ ⑧ (생 략)                                                                                                                                         | ② ~ ⑧ (현행과 같음)                                                                           |
| 제19조의4(급여비용의 본인부담<br>금 면제대상 등) ①영 <u>별표 제1<br/>호다목(6)</u> 에서 “보건복지부령으<br>로 정하는 자”란 다음 각 호의<br>자를 말한다.                                               | 제19조의4(급여비용의 본인부담<br>금 면제대상 등) ①-- <u>별표 1 제<br/>1호다목</u> -----<br>-----<br>-----.       |
| 1. ~ 3. (생 략)                                                                                                                                       | 1. ~ 3. (현행과 같음)                                                                         |
| ②제1항에 불구하고 제1항제3<br>호에 따라 선택의료급여기관을<br>이용하는 자가 다음 각 호의 어<br>느 하나에 해당하는 경우에는<br>영 <u>별표 제1호다목</u> 단서에 따라<br>기금에서 부담하는 급여비용을<br>제외한 비용을 본인이 부담한<br>다. | ②-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-- <u>별표 1 제1호다목</u> -----<br>-----<br>-----<br>--. |
| 1.·2. (생 략)                                                                                                                                         | 1.·2. (현행과 같음)                                                                           |
| 제24조(요양비) ①법 제12조제1항<br>에서 “보건복지부령이 정하는<br>긴급하거나 그 밖의 부득이한<br>사유”란 다음 각 호의 어느 하<br>나에 해당하는 경우를 말한다.                                                 | 제24조(요양비) ①-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----.                                    |
| 1. ~ 7. (생 략)                                                                                                                                       | 1. ~ 7. (현행과 같음)                                                                         |
| <신 설>                                                                                                                                               | 8. <u>보건복지부장관이 정하여 고시<br/>하는 중증 소아청소년 환자가</u>                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                    | <u>의사의 처방전에 따라 산소포<br/>화도측정기, 기도흡인기 또는<br/>경장영양주입펌프를 의료급여<br/>기관 외의 의료기기판매업소<br/>에서 구입·사용한 경우</u> |
| ②법 제12조제1항에서 “보건복<br>지부령이 정하는 기관”이란 다<br>음 각 호의 기관을 말한다.                                                                                                                                                                           | ②-----<br>-----<br>-----.                                                                         |
| 1. ~ 7. (생 략)                                                                                                                                                                                                                      | 1. ~ 7. (현행과 같음)                                                                                  |
| <신 설>                                                                                                                                                                                                                              | 8. <u>산소포화도측정기, 기도흡인<br/>기 또는 경장영양주입펌프를<br/>판매하는 의료급여기관 외의<br/>의료기기판매업소로서 공단에<br/>등록한 업소</u>      |
| ③수급권자가 법 제12조에 따른<br>요양비를 지급받으려는 때에는<br>다음 각 호에 정하는 서류를 시<br>장·군수·구청장에게 제출해<br>야 한다. 다만, 제1항제3호, 제6<br>호 또는 제7호에 해당하여 요양<br>비를 지급받은 사람이 같은 종<br>류의 요양비를 지급받으려는 경<br>우로서 이미 제출한 처방전의<br>처방기간이 지나지 않은 경우에<br>는 처방전을 제출하지 않을 수<br>있다. | ③-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----<br>-----. |



|             |                |
|-------------|----------------|
| ⑤ ~ ⑩ (생 략) | ⑤ ~ ⑩ (현행과 같음) |
|-------------|----------------|